Department of Labor and Industries
Claims Section
PO Box 44291
Olympia WA 98504-4291

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE EMPLEO

Unit	Work Position
Número del reclamo	
Fecha de la solicitud	
Fecha de la lesión	

Instrucciones para el trabajador: Esta es su solicitud para compensación por tiempo perdido. Tiene que completarla antes que podamos considerarlo para recibir beneficios. Si no puede trabajar debido a la lesión sufrida en su trabajo **y** su empleador no le está pagando su salario: 1) Complete este formulario 2) Fírmelo y escriba la fecha 3) Envíelo a la dirección arriba dentro de 14 días a partir de la fecha en que recibió esta correspondencia.

Nombre	Número de teléfono	
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal

Llene esta casilla solamente si tiene una dirección y/o número de teléfono nuevo.

Declaración del trabajador

Debido a una lesión/enfermedad ocupacional relacionada con el trabajo, no trabajé ni pude trabajar desde _____ hasta _____ (Es decir, Ud. no ha realizado **ningún** trabajo – remunerado o sin remunerar – tales como trabajo voluntario, empleo por cuenta propia o por servicios sociales COPES o CHORE. Por favor, NO INCLUYA la última fecha que trabajó en las fechas de arriba.)
(mes, día, año)

Regresé/regresaré a trabajar el día	Estoy trabajando _____ Horas/Día	Estoy trabajando _____ Días/Semana	Mi tarifa de pago es: $_____dólares por ❒ Hora ❒ Día ❒ Semana ❒ Mes

He solicitado los siguientes beneficios: ❒ Ninguno ❒ Desempleo ❒ Estampillas para la comida solamente ❒ Otros programas de asistencia pública ❒ Beneficios del seguro social

En el día que se lesionó, ¿Estaba su empleador pagando alguna parte del seguro médico, dental y/o de la vista de Ud. y/o su familia? o ¿Le proveía vivienda, comida y/o combustible (servicios públicos)? ❒ Sí ❒ No

¿Continúa recibiendo estos beneficios? ❒ Sí ❒ No Fecha en que terminaron los beneficios _____

Con mi firma estoy certificando que: **Entiendo que si hago una declaración falsa sobre mis actividades o mi condición física, tendré que devolver mis beneficios y podría afrontar sanciones civiles o criminales. Entiendo que tengo que comunicarme de inmediato con mi gerente de reclamo, si realizo cualquier tipo de trabajo (remunerado o no), si mi doctor me da de alta para trabajar, si estoy encarcelado o si hay algún cambio en la custodia legal de mis hijos.**

N° de teléfono	Fecha	Firma del trabajador